**Név:……………………………………………………………………………………..**

**Szervezeti egység:………………………………………………………………………**

**Munkakör:…………………………………………………………………………….**

Kérem, hogy a Debreceni Egyetem Klinikai Központnál fennálló, határozatlan időtartamú egészségügyi szolgálati jogviszonyomat az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény 12. § (6) bekezdésére tekintettel ……év…. hó…. napjával kezdődően felmondással megszüntetni szíveskedjen.

A munkaviszony megszűnésének napját: …… év …… hónap ………. nappal kérem.

A munkavégzés alóli mentesítésemet

- a) a jogszabályban foglaltaknak megfelelően két részletben:

……… év. ……… hónap …….. napjától …..…év ……. hónap …….. napjáig

……… év. ……… hónap …….. napjától …..…év ……. hónap …….. napjáig

- b) ……………………………... napjától ………………..……………… napjáig

kérem.

Mellékelem a szolgálati időm összeszámításáról szóló Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság által kiadott határozatot, mellyel igazolom, hogy legkésőbb a felmentési idő leteltekor teljesítem a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény 18. § (2a) bekezdés a) pontjában foglalt feltételt.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ........................................... |
|  | munkavállaló |

Az egyéb munkáltatói jogkör gyakorlója javaslata:

munkavégzés alóli mentesítését

- a) a jogszabályban foglaltaknak megfelelően, a munkavállaló kérése alapján

- b) ……………………………... napjától ………………..……………… napjáig

javaslom.

Debrecen, 20... ……………… hó …… nap

…………………………….

 egyéb munkáltatói jogkör gyakorlója

A munkavállaló munkavégzés alóli mentesítését

munkavégzés alóli mentesítését

- a) a jogszabályban foglaltaknak megfelelően, a munkavállaló kérése alapján

- b) ……………………………... napjától ………………..……………… napjáig

engedélyezem.

Debrecen, 20... ……………… hó …… nap

|  |  |
| --- | --- |
|  | ........................................... |
|  | munkáltatói jogkör gyakorló |

 *[18. § (2a) Öregségi teljes nyugdíjra életkorától függetlenül jogosult az a nő is, aki a) legalább negyven év jogosultsági idővel rendelkezik]*